N° 86.

ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'INTESTIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Juillet 1899

PAR

Joseph ALBIGÈS

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

Né à CETTE, le 14 février 1867

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, SUCCESSEURS

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (✻)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N....
id.	Bosc (Chargé du Cours).

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie générale	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. LAPEYRE, agrégé.
ESTOR, professeur.	MOURET, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AUGUSTE

AUX MIENS

A MES AMIS

J. Albigès.

A Monsieur TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

Hommage de mon profond dévouement.

A Monsieur CARRIEU

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

Faible témoignage de ma vive reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Montpellier

J. ALBIGÈS.

ESSAI

SUR LE

CANCER DE L'INTESTIN

INTRODUCTION

Pendant notre stage hospitalier dans le service de notre maître, M. le professeur Tédenat, nous avons eu la bonne fortune d'assister à quelques opérations du cancer de l'intestin, et nous avons eu l'idée de faire notre thèse inaugurale sur ce que nous avons vu.

Guidé par les conseils et les notes de notre maître, nous avons rédigé ce petit travail. Nous ne prétendons pas faire œuvre nouvelle. On a écrit tant de choses sur le cancer et sur les opérations du cancer de l'intestin, qu'il est difficile de signaler des innovations réelles ; mais nous citerons quelques points particuliers indiqués trop sommairement par nos devanciers, surtout quant au diagnostic. Enfin, nous relaterons quelques observations recueillies par notre maître.

Alors que nous allons quitter la Faculté, nous sommes heureux de dire que nous avons toujours rencontré auprès de nos professeurs l'accueil le plus agréable et le plus bienveillant.

M. le professeur Tédenat ne s'est pas contenté de nous prodiguer constamment les conseils qu'il donne si volontiers à tous ses élèves ; il nous a témoigné toujours, dans toutes les circonstances où il a pensé qu'il pouvait nous être de quelque utilité, la sympathie la plus vraie, la bonté la plus profonde.

En lui demandant d'accepter la présidence de notre thèse, nous aurions voulu lui présenter un travail digne de son enseignement ; il sait les circonstances pénibles par lesquelles nous venons de passer et ne considérera, nous en avons la conviction, que le témoignage de notre dévouement absolu.

A côté de M. le professeur Tédenat, son collègue, M. Carrieu, nous a, lui aussi, été du plus grand secours dans notre instruction médicale, pendant qu'il nous donnait des preuves réitérées de son attachement personnel.

MM. les professeurs Ducamp, Forgue, Lapeyre, Mouret, de Rouville, ont droit, eux aussi, à notre profonde reconnaissance.

En terminant, nous adressons publiquement nos remerciements à tous ceux qui, dans des circonstances diverses, nous ont montré une amitié réelle.

ÉTIOLOGIE

Le cancer de l'intestin est une maladie assez commune ; il suffit de rappeler que Lancereaux établit que la fréquence du cancer de l'intestin par rapport au cancer de l'estomac est de 1 à 2. D'après Haussmann, l'intestin entrerait pour 1|60 environ dans le nombre total des cancers, et il y aurait 1 cancer de l'intestin pour 2 du rectum.

Une statistique très exacte de la fréquence du cancer intestinal est impossible à établir. Les autopsies sont rarement complètes, et puis tous les cancers de l'intestin ne se terminent pas par l'occlusion révélatrice.

Quelques cas donnent lieu à une diarrhée chronique cachectisante, sans qu'il y ait la constipation finale, caractéristique des formes symptomatiques habituelles. Aux rares faits de Trèves, Pilcher et de Kuester, on peut en ajouter deux trouvés par M. le professeur Tédenat, à l'autopsie, sur le côlon de sujets qui avaient succombé à des troubles dyspeptiques accompagnés de diarrhée, sans accidents notables d'obstruction. Mais ces cas sont sans importance clinique à cause de leur rareté.

A l'institut anatomo-pathologique de Vienne, sur 20000 autopsies, *Maydl* trouve 100 cas de cancer de l'intestin dont 2 au duodénum, 4 sur l'intestin grêle, 46 sur le côlon, 48 au rectum.

Sur 3718 malades soignés de 1888 à 1894 au Methodist Episcopal Hospital de Brooklyn[1], on a noté 31 cancers du gros

[1] Lewis Stephen Pilcher ; American system of Surgery, 1896.

intestin : rectum 16, S iliaque 9, côlon descendant 3, cæcum et côlon ascendant 2, coudure hépatique 2.

Age. — Aucun âge n'est, en réalité, à l'abri du cancer de l'intestin. Il convient de faire remarquer ici qu'on a exagéré l'influence de l'âge sur le cancer en général. Ainsi Haussmann a pu réunir 5 cas de cancer de l'intestin frappant des sujets âgés d'un à cinq ans. Albert cite le cas d'un homme de 19 ans atteint de cancer du côlon descendant, Powell, 23 ans, Sendler, femme de 22 ans, Bloch, femme de 24 ans, homme de 36 ans, Thouprov homme de 28 ans, Tédenat, homme de 31 ans, cancer de l'S iliaque, homme de 22 ans, cancer de la partie supérieure du rectum, fillette de 17 ans, côlon transverse, Horroks, femme de 38 ans.

Cependant, avant 20 ans et après 70 ans, cette affection est tout à fait exceptionnelle, le maximum de fréquence étant observé après 50 ans.

Sexe. — Le cancer de l'intestin est, à peu près, aussi fréquent chez l'homme que chez la femme : cela résulte des statistiques publiées par les auteurs.

Ainsi d'après :

Haussmann[1], il y aurait	125	cas pour les hommes contre	119	chez les femmes
Bacque[2]	—	10	—	4	—
Fabre Jean[3]	—	42	—	38	—
Soit:	177	chez les hommes contre	161	chez les femmes

Hérédité. — L'influence de l'hérédité a été très contreversée : pour les uns, elle doit être admise sans réserve; pour les autres,

[1] Haussmann ; Thèse de Paris, 1882.

[2] A. Bacque ; Contribution à l'étude du cancer de l'intestin ; thèse de Paris 1893.

[3] Fabre Jean ; De la contagion du cancer ; thèse de Lyon, 1892.

son influence, si elle existe, est bien peu considérable. C'est, du reste, une question très difficile à élucider, car c'est seulement dans la clientèle, après une longue pratique, qu'on peut trouver des familles dans lesquelles, après avoir donné des soins à un grand nombre de leurs descendants, on peut reconnaître l'hérédité des lésions cancéreuses. En prenant les chiffres indiqués par Fabre Jean[1], l'hérédité dans les tumeurs cancéreuses a été signalée dans 14 °/₀ des cas. Haussmann[2], sur 37 observations dans lesquelles il ait pu obtenir des renseignements sérieux, quant aux antécédents, n'a réuni que 9 cas dans lesquels on trouve des antécédents cancéreux. On ne saurait, croyons-nous, tirer de ce fait aucune conclusion numérique. Il démontre toutefois que l'importance de l'hérédité, considérée comme cause prédisposante du cancer de l'intestin, ne saurait être niée.

Si on étudie de plus près les antécédents héréditaires des cancéreux, on peut dire, à la suite de Verneuil[3], Ricard[4], André[5], que l'on rencontre fréquemment le cancer de l'intestin chez les arthritiques.

On a noté, comme pouvant mettre en jeu la prédisposition cancéreuse quand elle existe : les chagrins prolongés, les travaux intellectuels excessifs, l'aliénation mentale et, surtout, l'alcoolisme «Viguès[6], Mayor et Quénu[7]».

On peut citer, encore, les altérations antérieures de l'intestin, la constipation habituelle, la diarrhée, l'entérite, la dyspepsie.

Par contre, nous n'avons pas trouvé un seul cas de cancer de l'intestin observé chez un syphilitique et, malgré nos recherches,

[1] Fabre Jean ; in thèse, loc. cit., pag. 30.

[2] Haussmann ; in thèse, loc. cit., pag. 26.

[3] Verneuil ; Congrès interne des sciences médicales, 1884.

[4] Ricard ; Sur la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille ; thèse de Paris, 1885.

[5] André ; La diathèse néoplasique. Mercredi médical, 11 novembre 1891.

[6] Viguès ; Contribution à l'étude de l'étiologie du cancer ; thèse de Paris, 1893.

[7] Mayor et Quénu ; Revue de Chirurgie, 1881 ; Artérite chronique dans le cancer.

nous ne pouvons rien indiquer de concluant quant à l'influence des *races* et du *régime*.

Pour les *traumatismes* auxquels le vulgaire a de tout temps attribué une influence considérable sur le développement de toutes les affections cancéreuses, s'il n'est plus permis d'affirmer aujourd'hui qu'ils peuvent produire la lésion, on peut admettre que, dans certains cas, ils sont susceptibles d'activer le développement de ces néoplasmes.

D'ailleurs, sur 280 cas de cancer de l'intestin signalés par Haussmann, il n'y en a que 5 dans lesquels le traumatisme ait pu être incriminé. M. Boas[1] prétend que, sur 62 cas observés par lui, il a retrouvé 9 fois le cancer du tube digestif dû à des traumatismes, alors que M. Furbinger[2], citant une statistique dressée par M. Lœwenthal, à l'hôpital de Friedrichshain, n'a noté qu'une seule fois le traumatisme comme cause de cancer du jéjunum sur 800 cas observés.

Enfin le cancer de l'intestin est presque toujours primitif.

[1] Boas ; Communication à la Société de Médecine interne de Berlin, juin 1897. In Semaine médicale, 1897, pag. 260.

[2] Furbinger ; Communication à la Société de médecine interne de Berlin, juillet 1897. In Semaine médicale, 1897, pag. 260.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer de l'intestin n'occupe pas indifféremment les diverses parties de cet organe. C'est surtout à la partie inférieure que les cas les plus nombreux ont été signalés, comme on le voit par les statistiques suivantes :

	Cas	Intestin grêle	Gros intestin
Haussmann.....	280	28	252
Kohler.....	34	12	22
Bacque.....	13	4	9
Total..	327	44	283

Cette localisation spéciale du cancer s'expliquerait, d'après Haussmann, par la consistance des matières traversant l'intestin. Plus dures lorsqu'elles arrivent dans le gros intestin et séjournant davantage dans cette portion de l'organe, elles exerceraient une irritation habituelle pouvant être invoquée comme cause prédisposante : ainsi s'expliquerait aussi l'envahissement plus fréquent des angles et des coudures normales de l'intestin ; l'examen du tableau ci-dessous donne à ce point de vue des résultats concordants.

Parties de l'intestin	Tédenat	Franck	Maylard	Wleir	Brooklyn	Maydl	Trèves	Haussmann	A. Flour	Lobert
Duodénum.....	3	»	»	»	»	2	10	4	4	2
Jéjunum.....	2	»	»	»	»	»		21	4	2
Iléon.....	5	»	»	»	»	4	»	»	»	»
Valvule.....	»	»	6	»	»	»	5	»	»	»
Cæcum.....	4	10	12	7	»	46	28	48	3	5
Côlon ascendant.	3	1	4	4	2			22	2	»
— transverse.	2	3	3	5	»			26	1	3
— descendant	5	9	8	7	3			29	1	5
S iliaque.....	8	10	13	9	9	»		100	1	5
Totaux..	32	33	46	32	14	52	43	250	16	22

Quant à la fréquence du cancer du cæcum, elle serait due à la présence de la valvule iléo-cæcale, dont les lèvres offriraient une certaine résistance au passage des matières '.

A l'examen histologique, les néoplasmes de l'intestin sont, par ordre de fréquence croissante, le sarcome, le carcinome et l'épithéliome à cellules cylindriques qui, d'après Haussmann, serait caractéristique du cancer de l'intestin.

Développement. — Que se passe-t-il dans un point de l'intestin où va se développer l'épithéliome ? Le premier phénomène est l'augmentation de volume des cellules épithéliales des glandes de Lieberkühn et un allongement de ces glandes.

Il se produit ainsi un épaississement considérable de la couche glandulaire, les glandes conservant au début et leur forme et leur membrane propre. Bientôt, des bourgeons épithéliaux partis du fonds des culs-de-sac glandulaires rayonnent dans toutes les directions, envahissent le tissu conjonctif sous-muqueux, opérant ainsi un véritable décollement de la muqueuse, qui peut conserver son aspect habituel, alors que les parties sous-jacentes sont envahies ; ces bourgeons pénètrent ensuite dans les couches musculeuse, sous-séreuse et séreuse, traversent souvent cette dernière, contractent ainsi avec les organes voisins des adhérences auxquelles succèdent, à un moment donné, des communications anormales.

Le tissu conjonctif périglandulaire réagit aussi. Entre les culs-de-sac glandulaires il se fait une infiltration cellulaire abondante, accompagnée d'une néoformation vasculaire des plus accusées, qui les écarte les uns des autres, les pousse dans toutes les directions, les environne de tous côtés, les coupant de leur partie supérieure et les isolant ainsi dans ce tissu de nouvelle formation.

En même temps donc que les culs-de-sac glandulaires vont en s'enfonçant davantage dans l'épaisseur des tuniques intesti-

nales, le tissu conjonctif périacineux bourgeonne de tous côtés et surtout vers la surface libre de l'intestin, donnant ainsi naissance soit à des végétations papilliformes d'un gris rougeâtre, variables de longueur, terminées en pointe ou renflées en massue, soit à un nombre plus ou moins grand de saillies nummulaires entourées des végétations précédentes ou implantées, au contraire, sur une muqueuse saine.

Ces saillies, dont le volume peut atteindre celui d'une noix, présentent une coloration plus blanche au centre, plus rouge à la périphérie, une surface externe superficiellement lobée, et recouverte de prolongements papilliformes ayant chacun une anse vasculaire à leur centre.

Souvent, ces champignons cancéreux sont implantés à la surface de l'intestin par une partie plus rétrécie, sorte de pédicule, qui leur fait prendre l'aspect de véritables polypes appendus dans l'intérieur du canal intestinal.

Ou ces bourgeons n'ont aucune ulcération à leur surface libre, ou, ce qui est plus fréquent, il ont à leur centre une dépression plus ou moins accusée.

Il peut n'exister, à la surface de l'intestin, qu'un seul de ces anneaux cancéreux qui constitue ainsi toute la lésion, ou bien il en existe un grand nombre isolés les uns des autres, ou bien quelques-uns se réunissent par leurs bords, donnant naissance à une ulcération serpigineuse ou annulaire.

La consistance de l'épithélioma cylindrique de l'intestin varie suivant la proportion des tissus épithelial et conjonctif qui entrent dans sa composition, et cette consistance s'accroîtra d'autant plus que les bourgeons épithéliaux seront plus rares.

Les végétations et les bourgeons sont habituellement riches en suc lactescent, que, soit par le raclage, soit par la simple pression exercée avec les doigts, l'on fait sourdre facilement sur une surface du tissu où il est compris. Ce liquide, examiné au microscope, contient une grande quantité de cellules cylindriques

plus ou moins allongées, présentant, assez souvent, à leur surface libre un bord à double contour. Ces cellules contiennent quelquefois deux noyaux ovoïdes. Elles sont libres ou soudées par leurs bords latéraux, formant ainsi soit des rangées, soit des groupes arrondis ou ovalaires, et présentant alors tous leurs bords libres sur la même ligne limitée par un double contour. A côté de ces cellules cylindriques, on en observe d'autres, de forme plus ou moins irrégulière, arrondies ou polygonales, possédant un ou plusieurs noyaux ovalaires.

Si on fait une coupe mince sur la tumeur durcie, on observe un stroma conjonctif plus ou moins abondant, épais en certains points, très délicat dans d'autres, toujours richement pourvu de vaisseaux sanguins subissant parfois une véritable dilatation. Ce stroma circonscrit des mailles inégales de forme et de dimensions. De ces mailles, les unes sont petites, arrondies ou ovalaires, les autres, grandes et irrégulières, résultent de la fusion des premières.

La paroi de toutes ces lacunes est tapissée par une couche unique de cellules cylindriques à gros noyaux, implantées perpendiculairement au stroma sans interposition d'aucune membrane glandulaire.

Tantôt, les extrémités internes des cellules épithéliales sont en contact, et toute lumière a disparu au centre; tantôt, au contraire, les extrémités internes des cellules sont libres, il reste au centre de chaque maille un espace quelquefois absolument vide, et le plus souvent comblé en partie, soit par des molécules albuminoïdes résultant de la destruction des cellules de la paroi, soit encore par des cellules multinucléaires parfaitement conservées.

A côté de ces mailles, il n'est pas rare d'observer des tubes allongés dont la paroi, constituée par le stroma conjonctif périacineux, est revêtue également d'une couche unique de cellules epithéliales cylindriques, dont l'extrémité supérieure se continue parfois très nettement avec une glande voisine, tandis que l'ex-

trêmité inférieure pénètre plus ou moins loin dans l'épaisseur des tuniques intestinales[1].

A un degré plus avancé, l'épithéliome subit la dégénérescence colloïde, qui consiste dans l'envahissement d'une portion plus ou moins étendue de la tumeur par une substance dite colloïde, quelquefois incolore, d'autres fois rougeâtre ou rosée, le plus souvent jaune verdâtre, et dont l'aspect, la transparence et la consistance diffèrent à peine de ceux d'une gelée ou d'une colle d'amidon. Le point de départ de la transformation se trouve dans le protoplasma de la cellule. Les cellules envahies finissent par se transformer en vésicules transparentes, qui se détachent successivement de la paroi des tubes, pour tomber dans leur cavité. On peut retrouver, alors, une bordure de cellules cylindriques limitant une cavité remplie de matière colloïde et de débris de cellules qui ont subi la dégénérescence graisseuse, association habituelle de la transformation colloïde.

Le stroma peut, dans certains cas, n'être pas modifié, mais, le plus souvent, il est atteint. Les travées conjonctives vont alors en s'amincissant et finissent même par subir une destruction complète.

C'est ainsi que se forment, par fusion d'un nombre plus ou moins grand d'alvéoles, ces cavités visibles à l'œil nu, remplies de matière colloïde,et limitées par des travées conjonctives ayant conservé leur épaisseur normale. C'est dans ces cas que la coupe de la tumeur ressemble à la tranche d'une grenade ou à une ruche d'abeilles.

Dans certains cas, cette altération colloïde s'étend à une portion considérable d'intestin, avec envahissement de toute l'épaisseur des parois intestinales. Dans d'autres cas, elle envahit plusieurs anses intestinales, formant, par leur réunion, une tumeur volumineuse, au point qu'il est impossible de reconnaître, à

[1] Waldeyer ; Virchow's Archiv., 1872, tom. LV, pag. 712.

l'œil nu, aucune des tuniques de l'intestin. Parfois la tumeur, quoique volumineuse, ne présente qu'à sa face interne l'altération dont il s'agit. Ailleurs, elle est beaucoup plus limitée, n'occupant que quelques points isolés dans l'épaisseur de la tumeur, ou formant à sa face péritonéale plusieurs kystes contenant de la matière colloïde incolore et transparente, alors que la tumeur est constituée dans presque tout le reste de son étendue par un tissu blanc bleuâtre, criant sous le scalpel.

Parfois, il ne semble pas qu'aucun point de la tumeur présente l'altération colloïde, alors qu'il s'est écoulé de la matière colloïde par un anus artificiel pratiqué pendant la vie, et qu'on en trouve, après la mort, à l'état libre, dans l'intérieur de l'intestin.

La matière colloïde, en effet, n'adhère que fort peu aux parois des petites cavités qui la contiennent ; elle s'en va sous le lavage, et, pour peu que l'altération soit superficielle et que la substance colloïde soit à nu dans la cavité intestinale, on conçoit qu'elle puisse être retrouvée dans les selles.

Des différentes formes du cancer de l'intestin. — Bien que le cancer de l'intestin puisse se manifester sous diverses formes, il est cependant trois types principaux qui se rencontrent le plus fréquemment : *Nodules* plus ou moins saillants, constituant parfois des polypes à large pédicule, capables de se détacher par ulcération; *Plaque* formant un large relief à sa périphérie, indurée, éversée avec une ulcération lisse ou fissurée, noduleuse ou fractueuse, parfois des villosités ; *Anneau* plus ou moins complet. Ce n'est qu'exceptionnellement que le cancer se manifeste à l'intestin par des noyaux disséminés plus ou moins nombreux (5 fois sur 188 cas, Haussmann). Il peut y avoir des nodules cancéreux multiples, plus ou moins éloignés les uns des autres. Symonds [1] : épithéliomas de l'S iliaque et du côlon ascendant.

[1] Symonds, British medic. Journal, 1893.

Weichselbaum[1] : polypes nombreux dans l'intestin grêle et le gros intestin, et trois nodules cancéreux situés dans le cæcum, le côlon transverse, le rectum. Nous citons, plus loin, une observation de M. Tédenat qui, au cours d'une laparotomie, constata un nodule sur le côlon transverse et trois nodules siégeant sur l'intestin grêle, dont il aurait fallu réséquer plus d'un mètre pour extirper tout le mal.

M. Tédenat a recueilli, dans le service de Letievant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'observation d'une femme de 30 ans, qui portait cinq masses épithéliomateuses : une à l'origine du côlon, deux sur le côlon transverse, deux sur l'S iliaque. Le foie était bourré de nodules cancéreux ; les deux premières vertèbres lombaires étaient infiltrées. On a cité des cas de nodules multiples disséminés sur l'œsophage et l'estomac.

Moins rares sont les cas dans lesquels l'épithélioma forme un foyer unique, limité seulement à une partie du calibre de l'intestin, 13 sur 188.

On a dit que le cancer latéral ne produisait presque jamais de rétrécissement notable de l'intestin. Le fait est généralement vrai. On conçoit, en effet, qu'une tumeur faisant une saillie, même considérable, dans l'intérieur de l'intestin, n'empêche pas la portion restée saine de se dilater et d'offrir ainsi aux matières un passage suffisant. Il n'en est pas toujours ainsi. Si l'envahissement cancéreux dépasse certaines limites, le rétrécissement se produit.

La forme annulaire est de beaucoup la plus fréquente. Parfois, et le plus souvent, 161 sur 194, la tumeur, constituée par la portion envahie, affecte la forme d'un cylindre plus ou moins régulier, dont la longueur varie dans des limites assez étendues, de 1 centim. jusqu'à 30 centim.

La longueur de la tumeur n'est, d'ailleurs, pas toujours en

[1] Weichselbaum ; Annual of the universal medical sciences, 1895.

rapport avec celle de l'intestin envahi ; il peut se produire une sorte de tassement.

Le volume de la tumeur présente également de grandes variations, de celui des deux poings à celui d'une cerise.

L'aspect de la face externe ou péritonéale varie, selon que toutes les tuniques ou une partie seulement d'entre elles ont été envahies. Dans la plupart des cas, la tunique séreuse ne présente pas la moindre altération cancéreuse.

Parfois, la face externe péritonéale, respectée par la néoplasie dans la plus grande partie de son étendue, présente des points de coloration plus ou moins foncée, indiquant que le péritoine commence à être envahi par le cancer. Dans d'autres faits, presque toute l'épaisseur des parois est occupée par la néoplasie. La tumeur présente alors une surface externe irrégulière, mamelonnée, hérissée de bosselures à saillies variables, traversée par des sillons cicatriciels et des vaisseaux dilatés.

Au toucher, la face externe de l'épithélioma de l'intestin présente une consistance dure qui permet de la reconnaître assez facilement. Cette dureté contraste avec la mollesse que l'on constate à la face interne.

L'épaisseur des parois d'un épithélioma intestinal est très variable. Elle peut atteindre jusqu'à 4 ou 5 centim. dans telle tumeur et ne pas dépasser 2, 3, 4 millim. dans telle autre. Le rétrécissement du calibre de l'intestin est la conséquence naturelle de l'épaississement des parois. Tantôt l'extrémité de l'index peut être introduite dans l'intestin, tantôt on peut à peine y passer une plume d'oie.

Enfin, il n'est pas rare que la lésion s'étende aux organes voisins. Au mois de juillet 1898, nous avons observé le cas suivant dans le service de M. Tédenat.

« Paul S..., instituteur, 44 ans. Depuis un an, constipation tenace suivie, après 8 ou 10 jours, de débâcle. Dyspepsie, amaigrissement progressif extrême, quand le malade entre à l'hôpital.

Une tumeur allongée transversalement, du volume d'un œuf de poule, existe à deux doigts au-dessus de l'ombilic. A cause de la lenteur du mal et des troubles peu accentués, M. Tédenat diagnostique un cancer du côlon transverse et fait la laparotomie pour tenter l'extirpation du néoplasme. Il trouve une tumeur occupant la partie moyenne du côlon transverse ; il libère des anses d'intestin grêle qui adhèrent à la tumeur, mais il découvre sur l'iléon trois nodules cancéreux distants de 20 et 30 centim. les uns des autres. Il hésite à réséquer une aussi grande longueur d'intestin chez le malade cachectique. Il referme le ventre. Cicatrisation rapide et sans aucun accident. Le malade se sentit mieux après l'opération. M. Tédenat se demande si cette amélioration est due à la libération des anses d'intestin grêle pelotonnées par des adhérences contre le cancer côlique ou à des phénomènes de suggestion ».

Dans un cas de Johnson[1], une communication s'établit entre le côlon et le jéjunum. Jonchères[2] a vu un cancer du côlon s'ouvrir dans l'estomac. Heuston[3], opérant un cancer de l'S iliaque, trouva cette portion de l'intestin communiquant avec la vessie.

Complications non-cancéreuses. — Dans la grande majorité des cas où le cancer de l'intestin s'accompagne d'un rétrécissement, il existe une distension plus ou moins marquée de la portion du tube digestif située au-dessus. Cette distension, qui résulte à la fois de la stagnation des matières et du dégagement des gaz qu'elles provoquent, remonte au-delà du siège du rétrécissement. Le volume de l'intestin peut devenir énorme ; on a vu le côlon transverse recouvrir tout le reste du paquet intestinal : cette dilatation se produit lentement.

[1] Transact. pathol. soc. London, 1889.

[2] Annual of the universal medical sciences, 1895.

[3] British medic. Journal, 1895.

La distension de l'intestin au-dessus du rétrécissement s'accompagne constamment d'un épaississement de ses parois, d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus ancien. Cet épaississement porte sur le tissu cellulaire sous-péritonéal et surtout sur la couche musculaire de l'intestin, ce qui se comprend, le muscle intestinal ayant un plus grand effort à faire pour expulser les matières fécales.

Au-dessous du rétrécissement, le calibre est naturellement diminué. Le séjour des matières fécales au-dessus amène peu à peu l'inflammation de la muqueuse allant depuis la simple congestion jusqu'à la gangrène.

Lésions inflammatoires réactionnelles. — Qu'il y ait ou non perforation, le cancer de l'intestin détermine presque toujours de la péritonite avec production d'exsudat fibrineux et de liqnide citrin qui, au début, sont en à peu près égale quantité ; puis, au bout de peu de temps, cette péritonite chronique évolue ou vers la forme adhésive, qui finit par agglutiner les viscères abdominaux, ou vers la forme ascitique. Souvent ces deux processus sont combinés, et, par suite d'adhérences irrégulières entre les feuillets péritonéaux, la cavité abdominale se cloisonne en un nombre variable de cavités remplies de liquide qui ne tarde pas à devenir séro-sanguinolent, sinon franchement hémorragique, et à se reproduire rapidement après la ponction, lorsqu'à la péritonite simple de voisinage s'ajoute l'inoculation du péritoine ou son infection par propagation.

Les adhérences dues à la péritonite qui se produit dans le voisinage du néoplasme rendent compte, suivant leur degré de laxité, leur plus ou moins grande étendue, de la mobilité ou de la fixité très variable de la tumeur.

Lorsque, à une simple irritation de voisinage, se substitue l'issue du contenu intestinal dans la cavité péritonéale, à travers une perforation pratiquée, soit dans la substance du néoplasme,

soit dans la paroi intestinale dilatée et amincie, on se trouve en présence d'une péritonite suraiguë entraînant une mort rapide.

La perforation peut se produire dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal ; il y a alors formation d'abcès stercoraux, puis pyohémie.

La perforation au-dessus du néoplasme peut se faire rapide et large suffisamment pour permettre l'épanchement dans le péritoine d'une quantité énorme de matières fécales. L'observation suivante est, à ce point de vue, intéressante :

«Jean B..., 54 ans, né à Marseillan, entre le 3 novembre 1893, dans le service de M. Tédenat, salle Bouisson, n° 4. Constipation habituelle due peut-être à sa profession sédentaire de cordonnier ; pas d'antécédents pathologiques familiaux ou personnels dignes d'être notés. Depuis un an, dyspepsie, constipation plus forte avec débâcles. Jamais le malade n'a vu ni sang, ni pus dans ses fèces. Il y a six mois, douleurs vagues dans le flanc gauche. Le malade arrive amaigri, jaune paille. M. Tédenat trouve une tumeur du volume du poing, mobile, occupant la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Pneumatose intestinale. Diagnostic porté : cancer du côlon descendant. Opération projetée pour le 6 novembre.

« Le malade ne fut pas purgé. Dans la nuit du 5 au 6, il éprouve une violente douleur dans tout le ventre. Cyanose rapide, nausées, sans vomissements. Refroidissement. Le 6 au matin : faciès grippé, pouls imperceptible et très rapide, extrémités froides, hoquets fréquents. Ventre très ballonné et douloureux. Mort à 1 heure de l'après-midi, c'est-à-dire 11 heures après le début des accidents. A l'autopsie, tumeur arrondie, bosselée, du volume du poing, entourant la partie supérieure de l'S iliaque ; le calibre de l'intestin, au niveau de la tumeur, admet à peine le petit doigt. A 3 centim. au-dessus du bord supérieur de la tumeur,

perforation arrondie, à bords mous et frangés, large de 2 centim., occupant la convexité de l'anse. Dans le péritoine s'est épanchée une masse fécale molle, du poids de 200 gram. au moins, rougeur diffuse de la séreuse avec piqueté hémorragique.»

La perforation peut se faire après adhérences dans le tissu sous-péritonéal. Ainsi, Money [1] a publié un cas où un énorme abcès rétro-cæcal se forma à la suite d'un cancer de la valvule iléo-cæcale.

M. Tédenat a observé le cas suivant, que nous donnons en résumé, d'après l'observation recueillie par son élève, M. Vieu, médecin à Olargues : abcès rétro-cæcal occupant toute la fosse iliaque et s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, dans la gaîne des vaisseaux fémoraux. Il a débuté trois semaines avant l'entrée à l'hôpital. Résection iléo-colique. Le cæcum porte une plaque cancéreuse occupant sa face postérieure et présentant une perforation centrale. L'iléo-colostomie réussit, mais cinq semaines plus tard le malade était emporté par la suppuration diffuse de la cuisse. Il était âgé de 52 ans et fut opéré le 12 octobre 1891. Mort le 20 novembre.

Lésions par propagation. — Le cancer de l'intestin se propage aux organes voisins, au péritoine en raison de sa proximité même ; mais, dans ce cas, le péritoine présente souvent des foyers de généralisation par voie lymphatique.

Le cancer de l'intestin se propage encore à l'intestin lui-même, et, dans ce cas, peut faire communiquer plusieurs anses intestinales entre elles ; puis, à tous les viscères abdominaux, quels qu'ils soient, avec une prédilection marquée pour la vessie, surtout si le néoplasme siège au niveau de l'S iliaque.

La propagation aux uretères produit, soit par compression,

[1] Money ; Transactions patholog. Society London, 1889.

soit par envahissement, l'hydronéphrose, la rétention d'urine avec arrêt réflexe de la sécrétion du rein et l'urémie consécutive. L'envahissement des uretères peut donner de l'hématurie.

Lésions par généralisation. — La généralisation de l'intestin s'effectue d'abord du côté du péritoine, puis, par ordre de fréquence, du côté des ovaires, du foïe, des reins, du pancréas, etc..., et ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle est en général assez tardive.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du cancer de l'intestin est, dans l'immense majorité des cas, remarquable par sa pauvreté, car le propre de cette lésion est d'évoluer sournoisement jusqu'au moment où éclatent, sans que rien n'ait pu les faire prévoir, des accidents mortels d'occlusion intestinale. En réalité, le cancer de l'intestin est le cancer latent par excellence. Et rares sont les cas où le cortège symptomatique est abondant et bien tranché.

Les *Modifications de l'état général* se résument dans un état cachectique profond, qui, en l'absence de signes physiques et fonctionnels suffisamment nets, pourraient constituer un élément de diagnostic de cette affection, à la condition que le malade n'ait pas une des principales maladies chroniques dont l'aboutissant peut être également la cachexie progressive et rapidement mortelle (goutte, diabète, anémie pernicieuse, syphilis, etc.). On devra s'en assurer, même lorsque, circonstance de bonne fortune pour le diagnostic, l'examen abdominal aura nettement montré l'existence d'une tumeur viscérale, car il est possible que la tumeur constatée ne soit ni un néoplasme, ni même un agent responsable en totalité de l'état général observé.

Les causes de la cachexie cancéreuse sont multiples.

Le cancer tue par les troubles fonctionnels qu'il entraîne, et par la production du suc cancéreux sécrété au sein du néoplasme. Ce suc, résorbé par la circulation, va frapper les éléments anatomiques et enraye les échanges nutritifs dont ils sont le siège. Aussi, a-t-on recherché s'il laissait des traces de sa présence dans le sang et si la sécrétion urinaire révélait quelque chose des perturbations ainsi imprimées à la nutrition générale.

Modification de la sécrétion urinaire. — Du fait que l'intoxication cancéreuse ralentit les échanges nutritifs et diminue les combustions, il résulte que la quantité d'*Urée* excrétée doit être diminuée. Rommeïlare (de Bruxelles) avait fait de cette diminution d'urée un signe de grande valeur diagnostique. Aujourd'hui, avec Albert Robin [1], Tédenat et Reynès [2], il convient de ne pas attribuer une grande valeur (au moins au point de vue diagnostic) à la diminution du taux de l'urée.

On avait pensé également que l'abondance de l'*Indican* dans les urines pouvait servir au diagnostic. Il n'en est rien, car l'indican se trouve toutes les fois qu'il y a stase anormale des matières dans l'intestin.

Les modifications du *sang* permettent de différencier le cancer de l'anémie pernicieuse. Si, dans les deux cas, il y a tendance à la leucocytose, dans le cancer, la valeur globulaire augmente en raison inverse du nombre, ce qui n'a pas lieu dans l'anémie.

La teinte jaune paille est un bon signe du cancer, car elle est à peu près constante, quoiqu'elle appartienne, avec des nuances variables, à d'autres affections nombreuses (affections du foie, dyspepsie ancienne, constipation chronique) qu'il faudra soigneusement rechercher. On ne doit pas oublier, en effet, que le cancer de l'intestin apparaît de préférence chez les vieux constipés, les vieux hépatiques, les vieux goutteux, qui, considérablement affaiblis, sinon déjà cachectisés par une affection chronique essentiellement toxique, ont une peau dont la teinte plus ou moins jaune paille réflète l'altération profonde de l'état général.

Au début. — Les symptômes sont essentiellement vagues, banals et variables. On note de l'inappétence, de la pesanteur

[1] Gazette médicale de Paris (août 1889).

[2] Tédenat et Reynès ; Communication au Congrès de Chirurgie, 1898.

abdominale exagérée pendant la durée de la digestion, des alternatives de diarrhée et de constipation. Il est rare qu'à cette période on constate la présence d'une tumeur.

A la période d'état. — Les troubles fonctionnels paraissent prendre une importance prépondérante (A. Fleur [1]). Les premières phases de la digestion sont assez faciles, mais quand la portion d'intestin malade entre en activité, il se produit toujours des troubles, et ceux-ci varient suivant les malades. Le phénomène le plus constant est une sensation de plénitude, de pesanteur abdominale accompagnée ou non de ballonnement.

On observe rarement des vomissements ou de la régurgitation stomacale, sauf le cas d'une tumeur siégeant au voisinage immédiat de l'estomac, ou s'accompagnant de réactions péritonéales.

Les douleurs spontanées sont plutôt sourdes. Elles sont continues pendant la période d'activité intestinale, et discontinues dans leur intervalle. Continues ou intermittentes, elles acquièrent une grande intensité et sont souvent exagérées par la pression.

C'est un des symptômes les plus constants.

Tédenat cite le cas d'un de ses opérés, qui est resté guéri pendant neuf mois, et chez lequel les symptômes ont consisté en diarrhée simple (deux ou trois selles par jour), une vague dyspepsie, quelques douleurs dans le flanc gauche. La présence souvent renouvelée de sang dans l'urine purulente lui avait fait attribuer au rein la tumeur mobile, facile à refouler sous les côtes. Il commença l'incision en arrière, croyant faire une néphrectomie et enleva un cancer de la partie supérieure de l'S iliaque ovoïde, long de 8 à 10 centimètres. — Pilcher a publié un fait semblable (American syst. of surgery).

[1] A. Fleur ; Thèse de Paris, 1879.

A côté de ce cas, citons l'observation suivante, communiquée par M. Tédenat[1], au Congrès de chirurgie de Paris, 1898.

« Un homme de soixante-dix ans entre dans mon service. Depuis six mois il souffre dans le flanc gauche, la marche augmente un peu les douleurs, qui s'irradient vers les bourses et la racine de la cuisse. Il y a souvent dans son urine du sang bien mélangé; depuis quelques jours un peu de pus au fond du vase. Dyspepsie légère. Constipation, mais pas très marquée.

« Une tumeur occupe le flanc gauche, saillante en avant et en arrière. Elle a le volume du poing, est mobile transversalement et se laisse refouler presque en entier sous les côtes.

«Comme les douleurs sont vives, l'hématurie fréquente et assez abondante, j'interviens croyant avoir affaire à un rein calculeux en voie de suppuration. Incision lombaire. Je trouve un gros épithélioma de la partie inférieure du côlon descendant. Il comprimait les vaisseaux du rein. J'excise la tumeur et avec elle une masse ganglionnaire envahie. Entérorhaphie. Guérison rapide. Deux jours après l'opération, les douleurs avaient disparu, l'urine était claire. Le malade succomba cachectique huit mois plus tard ; l'hématurie ne reparut jamais plus.

«Faut-il attribuer les douleurs rénales, je dis rénales à cause de l'irradiation vers le testicule, et l'hématurie à la compression des vaisseaux du rein ? Probablement oui, mais pouvais-je penser à un cancer de l'intestin dès l'instant où la constipation était si peu marquée, les coliques intestinales et le ballonnement du ventre faisaient défaut ? »

Douleurs, dyspepsie, datant de 18 mois, quand la tumeur fut découverte (Whitehead). Dyspepsie, diarrhée et constipation légères alternant depuis un an, tumeur mobile depuis six mois (Bergmann). Troubles digestifs mal caractérisés depuis deux ans, douleurs dans la région du sacrum. Tumeur mobile (Franck).

[1] Tédenat ; in Comptes rendus du Congrès de Chirurgie de Paris, 1898

Tumeur depuis dix ans. Guérison (Billroth). Attaque d'occlusion qui dure 15 jours en juin 1891, deux autres attaques en août et septembre, ascite en octobre 1892. Opération heureuse le 26 novembre 1892 (Trèves). Troubles fonctionnels durant depuis trois mois, neuf mois, quinze mois, tumeur trouvée 8 fois sur 12 (Tédenat). Kuester, chez un malade qui dépérissait lentement depuis plusieurs mois, sans diarrhée, sans vomissements, sans constipation, enleva un gros cancer colloïde du côlon transverse adhérent à l'estomac et fixé dans la fosse iliaque gauche.

Dans un cas de Bloch, pas d'autres accidents que la douleur ; dans un autre d'Albert, la malade se portait bien, sauf une constipation tenace pour laquelle elle dansait, d'après les conseils de son médecin.

On déduit de tout cela que les anomalies dans les évacuations constituent le symptôme cardinal.

On observe le plus souvent de longues périodes de constipation suivies de débacles abondantes. Les dernières matières évacuées contiennent des bouchons muqueux et des fausses membranes de même nature, qu'il sera bon d'examiner au microscope. Il n'est pas rare, en effet, d'y rencontrer des brimborions émanés de la tumeur. On devra aussi faire l'examen histologique toutes les fois qu'il y aura des selles sanglantes ; car on pourra trouver quelques particules de la tumeur. Ces hémorragies peuvent passer inaperçues, soit à cause de leur faible abondance, soit à cause de l'altération profonde que peut subir le sang dans l'intestin selon le siège de la tumeur.

Si le rétrécissement siège à la partie inférieure de l'intestin, les matières expulsées peuvent être amincies et comme passées à la filière à travers le point rétréci.

Ce caractère n'a qu'une importance secondaire, car un bouchon stercoral perforé en son centre pourra imprimer aux fèces les mêmes altérations.

La présence d'une tumeur est un signe capital pour le dia-

gnostic du cancer de l'intestin. Malheureusement, il est assez rare de le percevoir — 40 % des cas (Trèves) — et parfois on le constate assez tard après le début des accidents. On recherchera la tumeur par le palper et le toucher. Les conditions d'un bon palper abdominal se trouveront difficilement réunies. Le plus souvent, on sera gêné soit par l'acuité de la douleur déterminée par la palpation, soit par le ballonnement et l'ascite. On pourra préparer son palper en s'adressant à tous ces obstacles ; contre la douleur on emploiera la morphine ou au besoin l'anesthésie ; contre l'ascite, la ponction, qui a, en outre, l'avantage de soulager le malade.

Le toucher sera pratiqué par la voie vaginale ou par la voie rectale et ne donnera des indications que tout autant que la tumeur ne siègera pas trop au-dessus du petit bassin.

Dans l'immense majorité des cas, le résultat de ces recherches sera purement négatif. Si au contraire, l'observateur est favorisé par les circonstances, il pourra percevoir ou une tumeur nettement limitée ou une simple sensation d'empâtement plus ou moins diffus.

En présence d'une tumeur, l'on s'efforcera de déterminer son volume, sa consistance, sa mobilité, ses connexions anatomiques, afin de pouvoir résoudre le problème capital : la tumeur appartient-elle à l'intestin ? Lorsque, après avoir recherché les symptomes insolites qui pourraient exister du côté des autres viscères abdominaux, on attribue la tumeur à l'intestin, il restera à déterminer si cette tumeur est développée dans la paroi ou dans la cavité même de l'intestin. On s'aidera des déplacements imprimés à la tumeur par le palper et par l'émigration possible vers les parties terminales du tube digestif.

Période terminale. — Cette période, à laquelle aboutit le cancer de l'intestin, lorsqu'il n'est pas arrêté dans sa marche par les accidents de l'occlusion, s'annonce par l'apparition de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et l'aggravation de l'état

général. L'amaigrissement jusqu'à l'état squelettique, le masque terreux, les sueurs profuses, les douleurs s'accentuant avec une effrayante rapidité, telle est la suite naturelle de la maladie jusqu'au moment où le patient succombe dans le marasme.

Différentes modalités du cancer de l'intestin.— Suivant le siège de la lésion, on peut noter dans certains cas des symptomes surajoutés aux symptômes généraux décrits plus haut. Nous allons les passer rapidement en revue :

Cancer du duodénum. — Il est très fréquent, relativement à celui de l'intestin grêle. La symptomatologie est ici ou très accentuée ou très vague, selon que le néoplasme intéresse les canaux cholédoque et de Wirsung. Avec le cancer de l'ampoule de Water, cette modalité est poussée à son maximum. Bousson [1] a fait ressortir qu'il existait trois symptômes cardinaux de cette lésion :

L'ictère progressif apyrétique ;

La distension de la vésicule biliaire nettement appréciable à la palpation ;

La rapidité de l'amaigrissement.

Ces symptômes sont identiques à ceux du cancer de la tête du pancréas, ainsi que l'ont démontré MM. Bard et Pic [2], ce qui rend impossible le diagnostic différentiel entre ces deux lésions.

On a signalé des selles argileuses ou plombées, de la stéatorrhée, signes que l'on retrouve dans toutes les causes d'acholie.

Cancer du jéjuno-iléon. — Ce cancer est considéré comme rare, sans doute à cause du faible calibre de cette partie de l'intestin, et les accidents d'occlusion doivent s'y déclarer avec précocité

[1] Bousson ; Thèse de Paris, 1890.

[2] Bard et Pic ; Cancer primitif du pancréas, 1888.

et y dominer. Or, le diagnostic étiologique de l'occlusion n'étant généralement pas fait, beaucoup de cas sont perdus pour la statistique.

Quoi qu'il en soit, Journet [1] a établi que le cancer de l'intestin grêle augmente de fréquence au fur et à mesure qu'on se rapproche de la valvule iléo-cæcale, au niveau de laquelle cette fréquence atteint son maximum.

Cancer de la valvule iléo-cæcale. — L'envahissement rapide des deux lames de la valvule qui passent d'abord par une période d'induration simple, a pour effet de créer une double modalité symptomatique : d'abord l'apparition précoce des accidents d'occlusion ou d'obstruction, puis surtout la disparition brusque de ceux-ci à un moment donné, suivie d'une amélioration considérable, en apparence, de l'état local et même général, cette singularité étant due à ce que le néoplasme ne met que peu de temps à détruire un tissu aussi peu épais que celui de la valvule.

Cancer du cæcum. — C'est, avec celui de l'S iliaque, le plus fréquent des néoplasmes intestinaux. Il est important de savoir que toute aggravation de l'état général chez un vieux constipé qui se plaint de phénomènes vagues, de tension ou de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, exacerbée pendant la défécation, doit éveiller, dans *l'apyrexie*, l'idée d'un cancer du cæcum.

La symptomatologie est différente selon que la valvule de Bauhin est englobée ou non dans la tumeur. L'apyrexie est absolue tant qu'il n'y a pas de perforation ou de phénomène suppuratif du côté de l'intestin ou dans son voisinage.

Cancer de l'appendice. — D'après Lafforgue [2] sa caractéristique clinique est de présenter tout à la fois les signes généraux des cancers intestinaux et les troubles particuliers aux lésions appen-

[1] Journet ; Thèse de Paris, 1883.

[2] Lafforgue ; Thèse de Lyon, 1893.

diculaires, dont le trait saillant est l'acuité des coliques et leur exacerbation paroxystique. Le début est lent, insidieux. La constatation, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur à volume progressivement croissant, avec absence de signes fonctionnels du côté de l'intestin et de fièvre, doit le faire soupçonner dès le début. Si la tumeur n'est pas perceptible, il est difficile de distinguer le néoplasme de l'appendicite chronique simple.

Côlon ascendant, transverse et descendant. — Rien de particulier.

Cancer de l'S iliaque. — La présence d'une tumeur fait ici rarement défaut. De plus, la désagrégation de la tumeur s'accompagne de selles sanguinolentes, contenant des parcelles du néoplasme. Il est une autre particularité : c'est l'apparition tardive de la cachexie et même l'absence totale de celle-ci.

MARCHE

Le cancer de l'intestin a presque toujours une marche lente ; mais cette marche ne saurait, du reste, être réglée, puisque, à un moment quelconque de son évolution, le cancer de l'intestin peut tuer par occlusion.

En même temps que les douleurs et les troubles de la défécation, on voit évoluer des modifications de la santé générale. La peau se décolore, elle prend l'apparence jaune paille ; l'amaigrissement progresse rapidement ; la perte de l'appétit, d'abord partielle et intermittente, devient bientôt complète. Alors apparaissent les œdèmes des extrémités, les thromboses marastiques, et la mort a lieu dans le collapsus, précédée parfois de vomissements incoercibles, de diarrhée colliquative, de l'inévitable muguet, témoin presque obligé de la mort par épuisement progressif de l'organisme. Dans ce cas la durée de l'affection est de 9 à 10 mois. Elle peut être beaucoup plus longue et atteindre jusqu'à 5 ans (Eichorst).

D'autres fois, les symptômes généraux sont moins marqués et la mort est causée par des accidents d'occlusion aiguë se montrant brusquement chez un sujet ayant présenté à plusieurs reprises des signes d'obstruction chronique de l'intestin ; ou bien elle est due à une perforation intestinale, à une hémorragie très abondante. La formation d'abcès stercoraux ou de fistules faisant communiquer l'intestin avec la vessie, l'utérus ou la paroi abdominale, est parfois le point de départ d'une pyémie amenant la mort au bout d'un temps plus ou moins long.

DIAGNOSTIC

Malgré les symptômes multiples qui accompagnent ordinairement l'évolution du cancer de l'intestin, il est souvent bien difficile de poser le diagnostic. Dans la pratique on doit envisager deux catégories de faits bien tranchées :

(A) Dans la première, de beaucoup la moins complexe, on est en face du cancer de l'intestin, évoluant suivant une marche lente, continue et non interrompne par les accidents de l'obstruction intestinale.

(B) Dans la seconde catégorie de faits, lorsqu'on est appelé auprès du malade, celui-ci est en proie à des accidents et présente la symptomatologie de l'occlusion ou de l'obstruction intestinale.

PREMIÈRE CATÉGORIE DE FAITS CLINIQUES

Cancer à marche non interrompue par des accidents d'occlusion.

Le seul signe pathognomonique du cancer de l'intestin est fourni par la présence, dans les selles, de fragments de la tumeur.

En dehors de ce signe, la symptomatologie se réduit à une sorte de trilogie comprenant :

La présence d'une tumeur ;
Les troubles fonctionnels ;
L'état cachectique.

Malheureusement, ce trépied symptomatique est rarement réalisé, et l'on voit manquer l'un ou l'autre des éléments de diagnostic. L'examen des malades peut être ramené à 3 cas :

Premier cas. — Il existe à la fois chez le malade une tumeur perceptible des troubles fonctionnels, un état cachectique plus ou moins prononcé.

Deuxième cas. — La perception d'une tumeur fait défaut, mais il existe concurremment des troubles fonctionnels et de la cachexie.

Troisième cas. — Il ne reste plus que l'un des derniers symptomes.

Premier cas. — En dehors de la constatation des fragments de tumeur dans les selles, qui lève d'emblée tous les doutes, on fera le diagnostic :

I. Avec les corps étrangers de l'intestin, qui peuvent non seulement donner la sensation d'une tumeur mais avoir un retentissement profond sur les fonctions de l'organe et sur l'état général.

II. Avec les tumeurs non cancéreuses développées dans la paroi, qui peuvent agir de même.

III. Avec les tumeurs de nature néoplasique ou non des organes voisins et le déplacement de ceux-ci.

I. Corps étrangers de l'intestin. — Sous cette dénomination collective, nous comprenons tous les produits de la stase stercorale (tumeurs stercorales, rétention stercorale). Ces tumeurs sont capables, soit par voie réflexe, soit plus directement par suite de la résorption des toxines qui se produit à leur niveau, de provoquer des troubles généraux très graves et de retentir sur la nutrition générale, au point de créer une véritable cachexie. Elles se rencontrent de préférence dans les parties anguleuses et brusquement coudées du gros intestin : cæcum, S iliaque, angles du côlon, tout comme le cancer de l'intestin. On a donné comme signes pathognomoniques de la nature stercorale d'une

tumeur intra-abdominale, sa mobilité et sa tendance à la migration vers les parties terminales du tube digestif, sa dépressibilité spéciale au doigt agissant à travers la paroi abdominale et imprimant à la tumeur une modification de forme qui reste permanente. Sans doute, dans quelques cas heureux on peut retrouver ces signes ; mais, outre que la palpation est souvent difficile au point d'être inutilisable, ces tumeurs ne sont pas aussi mobiles qu'on veut bien le dire si l'on en juge par leur résistance, parfois très longue, à l'action des purgatifs; de plus, lorsqu'elles sont volumineuses, très dures, elles déterminent un épaississement particulier de la muqueuse et de la sous-muqueuse qui a pour résultat de les enchatonner plus ou moins étroitement; enfin, si ces tumeurs sont dures, on ne voit pas bien ce que vaut alors le signe de la dépressibilité au doigt.

Aussi pensons-nous que, dans les cas douteux, la thérapeutique seule pourra faire le diagnostic.

La rétention stercorale se traduit par un empâtement qui peut remonter très haut sur le trajet du gros intestin ; dans sa forme commune, elle est des plus faciles à reconnaître.

II. Tumeurs non cancéreuses développées dans la paroi de l'intestin :

(a) Invagination chronique : boudin d'invagination.

Dans ce cas, la douleur a un caractère particulier ; elle prend une excessive acuité, ce qui n'a pas lieu avec le cancer. C'est une sensation de brûlure, de pincement, et même d'arrachement ; de plus, elle est assez souvent suivie d'une diarrhée muco-sanguinolente qui s'appelle la dysenterie.

Si la tumeur de l'invagination peut être perçue, elle a une forme particulière dite «en boudin», de consistance variable suivant son état de vacuité ou de réplétion. Les palpations répétées ont pour effet de la rendre momentanément turgescente et plus facilement perceptible. Par le repos elle paraît diminuer de volume.

(b) La péritonite chronique tuberculeuse peut aboutir à la production de masses fibro-caséeuses, donnant la sensation d'un empâtement diffus, mais l'envahissement de l'appareil génito-urinaire vient aider au diagnostic.

III. Tumeurs développées en dehors de l'intestin. Elles ne s'accompagnent généralement pas des mêmes troubles des fonctions digestives.

Deuxième et troisième cas. — Si la perception d'une tumeur fait défaut, lorsqu'il existe concurremment des troubles fonctionnels et de la cachexie, on portera son attention sur l'étude des troubles fonctionnels. En somme on fera le diagnostic :

1° Avec les affections hémorragipares de l'intestin ;

2° Avec les affections non hémorragipares.

Affections hémorragipares de l'intestin. — Constipation ancienne. Les scybales durcies peuvent provoquer une entérorragie ; il est rare que dans ce cas le corps du délit ne puisse être révélé par la palpation.

Les lésions ulcéreuses de l'intestin donnent quelquefois des hémorragies dont l'abondance sert à les distinguer de celles du cancer, qui sont plutôt des suintements.

L'entérite tuberculeuse donne des selles sanguinolentes d'excessive fétidité. La dysenterie, les hémorroïdes, la cirrhose atrophique, l'helminthiase, seront facilement reconnues.

DEUXIÈME CATÉGORIE DE FAITS CLINIQUES

Accidents d'occlusion ou d'obstruction intestinale.

Ces cas sont de véritables charades cliniques. Leur solution revient à établir s'il existe une modalité d'occlusion spéciale au cancer de l'intestin. Or, malheureusement, nous ne savons rien de précis à cet égard. En pratique, le problème consiste à pas-

ser en revue les principales causes d'occlusion et à se demander si, par hasard, il n'existerait pas une raison d'admettre l'une plutôt que l'autre, et, du fait de cette incertitude, le calcul des probabilités prend une importance prépondérante. Le diagnostic présente donc ici le maximum de difficulté ; il reste abandonné à la chirurgie, qui, par la laparotomie exploratrice, viendra tout à la fois mettre à jour le corps du délit et faire un dernier effort pour sauver le malade, si les circonstances et la nature de l'agent pathogène le lui permettent.

PRONOSTIC

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour faire ressortir toute la gravité du pronostic du cancer de l'intestin. La mort peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie. Ou bien le cancer suit son cours normal, et le malade meurt de cachexie, ou encore il est emporté très rapidement par une des nombreuses complications du cancer, obstruction, péritonite, etc. Même lorsque la tumeur a été découverte de bonne heure, alors que les conditions locales et générales étaient favorables à une opération, ou reconnue tardivement, le pronostic n'est pas modifié par l'intervention chirurgicale.

Il s'agit de cancer, par conséquent d'une récidive à peu près fatale ; mais, si la résection a été complète, le malade peut avoir une survie de un à deux ans, et succomber à la cachexie, sans retour des phénomènes si douloureux dus à l'occlusion. Cette perspective, bien que rarement réalisée, est en faveur d'une intervention précoce, tant que la tumeur est mobile et n'a pas envahi au loin le méso et ses ganglions.

TRAITEMENT.

Il peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical est palliatif, il doit répondre à la double indication de calmer les douleurs et de faciliter le cours des matières. Elle sera réalisée par les injections de morphine, la tolérance des malades pour ce médicament est parfois excessive, puisque Finlayson [1] a pu donner 1 gramme en vingt-quatre heures, sans que le malade soit incommodé, l'emploi de l'opium à petite dose, les purgatifs légers fréquemment répétés.

En présence d'une attaque aiguë d'occlusion, il faut avoir recours aux lavements, ou, ce qui est préférable, aux grandes irrigations rectales et au lavement électrique, qui a souvent réussi à amener une débâcle. Enfin, on donnera au malade un régime nourrissant, tout en s'attachant à n'ordonner que des aliments facilement assimilables et laissant peu de résidus.

Le traitement chirurgical nous arrêtera plus longtemps ; il est aujourd'hui de pratique relativement courante. On conçoit, en effet, que le meilleur traitement du cancer consiste dans l'extirpation de la partie malade, et cela de la façon la plus complète. Sans doute ce mode d'intervention, aussi bien employé que possible, ne peut conjurer la récidive d'une façon absolue, mais il arrête la marche de la tumeur, au moins momentanément, et en retarde l'extension.

Le traitement palliatif chirurgical consiste à faire *un anus contre nature*, soit par entérotomie, soit par colotomie iliaque ou lombaire. On pratique ordinairement cet anus artificiel pour obvier aux accidents d'obstruction intestinale causés par le rétré-

[1] Finlayson ; Glascow medical Journal, 1879.

cissement cancéreux. On peut être amené aussi à faire un anus contre nature après une laparotomie entreprise dans le but de réséquer la tumeur, lorsque celle-ci aura montré que la résection de la partie malade est impossible. D'après Wöfler, si, après avoir ouvert le ventre, on constate que la résection de l'intestin atteint est impossible, pour une raison quelconque, on peut, au lieu de faire un anus contre nature, procéder ainsi : on laisse en place l'intestin malade, on sectionne en boutonnière le tube digestif au-dessus de la tumeur, et on y implante le bout inférieur préalablement sectionné.

Le traitement radical consiste dans la résection de la partie d'intestin malade, par un des nombreux procédés indiqués par les auteurs. Avant d'en faire l'exposé, nous croyons devoir faire l'historique succinct du mode de ce traitement :

La première résection de l'intestin, après laparotomie, paraît avoir été pratiquée par un vétérinaire anglais, Thomas Brayn, d'Yeaton, dans le comté de Sulop, en 1720. Chez un bœuf en grand danger, par occlusion intestinale, il réséqua près d'un yard d'intestin, le recousit sur un tube ; l'animal se vida au bout de quelques instants par les voies naturelles ; le tube fut expulsé après quelques jours, et le bœuf fournit un bon travail pendant plusieurs années [1].

Les recherches expérimentales de Travers, Lembert, Jobert, avaient montré les conditions de succès dans l'entéroraphie. Reybard, de Lyon, fit la première résection, pour un cancer de l'S iliaque, chez un jeune homme de 28 ans qui avait des accidents d'occlusion ; l'opération fut faite le 2 mai 1843 ; la tumeur, libre d'adhérences, fut réséquée ; le côlon suturé et refoulé dans le ventre, et la plaie abdominale fermée. Guérison.

Six mois plus tard, signes de récidive suivis de mort au bout de deux mois. La pratique de Reybard fut, sur un rapport de Jobert,

[1] Annales de Chirurgie de Londres, 1730.

désapprouvée par l'Académie de Médecine, et l'on en resta, en France, aux interventions palliatives des phénomènes d'obstruction (entérostomies). En 1875, Thiersch, en 1877 Gussenbauer, résèquent la portion malade et perdent leurs opérés en quelques heures. En 1879, Guyon résèque l'S iliaque ; son malade succombe dans la journée. La même année, Kraussold a un succès opératoire avec survie de six mois, et un décès de deux heures et demie après l'opération.

Ces résultats, peu encourageants, laissent Peyrot dans l'hésitation [1] et amènent Kœberlé [2] à proscrire, dans le cancer, la résection intestinale, qui lui avait pourtant, dans d'autres circonstances, donné quelques remarquables succès. Mais les faits de Wolkmann, Billroth, Czerny..., font dire à Ballance (1883) que *la colectomie doit prendre, dans l'avenir, la place occupée par la colotomie.*

Les statistiques donnent raison à l'intervention radicale ou qui, du moins, fait tout le possible pour l'être. Les opérations palliatives appliquées, il est vrai, à des cas graves où l'obstruction est réalisée, où les lésions sont très étendues, donnent des résultats déplorables, tandis que Czerny et Rindfleisch, Bloch, Mayo, Robson, Doyen, Demons, publient des faits montrant une amélioration grande dans les suites opératoires et parfois une assez longue survie.

Les guérisons obtenues passent par les chiffres successifs de 45,5 °/₀ (Bloch), 50 °/₀ (Czerny) 58,4 (Demons-Chavanaz).

L'amélioration des statistiques tient à plusieurs facteurs. On opère plus tôt, sans attendre la cachexie et les complications d'occlusion qui aggravent tant le pronostic. La technique se perfectionne ; la bobine de Robson, le bouton de Murphy, paraissent à beaucoup de chirurgiens d'utiles acquisitions. Et pourtant au

[1] Peyrot ; Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

[2] Kœberlé ; Bulletin de thérapeutique, 1882.

bouton on reproche des gangrènes de l'intestin, des obstructions (Keen, Kœnig...) : en France, il est peu en faveur.

La survie post-opératoire est difficile à établir. On admet qu'en moyenne, si on n'intervient pas, les malades ont un an à vivre après l'apparition de la tumeur ou des premiers accidents. Parmi les sujets opérés, on en cite en bonne santé 16 mois, 19 mois, 6 ans après l'opération.

D'une façon générale, tous les procédés proposés ou employés pour la cure radicale du cancer du gros intestin peuvent être divisés en deux grandes classes :

1° Ceux qui tendent à procurer la guérison par une seule opération, autrement dit les procédés rapides ou de cure en un temps ;

2° Ceux qui, pour chercher à obtenir le même résultat, nécessitent plusieurs interventions successives, autrement dit les procédés lents ou en plusieurs temps.

Ces procédés, quels qu'ils soient, comprennent quatre actes successifs :

1° Section de la paroi abdominale ;
2° Résection de l'anse malade ;
3° Traitement des deux bouts de l'intestin ;
4° Suture de la paroi abdominale.

En ce qui concerne l'incision de la paroi abdominale, on a fait tantôt la laparotomie médiane, tantôt la laparotomie latérale, tantôt enfin l'incision lombaire. Nous pensons que, lorsque la tumeur est reconnue et délimitée aussi exactement que possible, l'incision de la paroi abdominale doit être faite sur la tumeur. L'incision sur la ligne blanche diminuerait bien un peu la perte de sang; mais l'hémorragie n'est jamais abondante, et l'incision sur la tumeur ouvre une voie plus directe, un chemin plus court. C'est un point très important, car bien souvent la rétraction du

mésocolon rend malaisée l'extraction du néoplasme hors de la cavité abdominale.

La résection de l'anse malade est faite, autant que possible, en dehors de la cavité abdominale, en ayant soin de protéger le péritoine par des compresses aseptiques. Cette résection est précédée ou suivie de celle du mésentère correspondant, est précédée de la coprostase, qui peut être effectuée à l'aide de moyens divers: par le doigt d'un assistant, moyen peu sûr ; à l'aide de pinces à mors garnies de caoutchouc ; à l'aide de fils de soie que l'on noue sur l'intestin (procédés qui peuvent altérer la paroi intestinale) ; les tubes en caoutchouc ou les lanières de gaze iodoformée, noués autour de l'intestin, constituent le moyen le plus sûr de faire la coprostase.

Quant à la suture de la paroi abdominale, elle ne donne lieu à aucune considération spéciale.

C'est surtout en ce qui concerne le traitement imposé aux deux bouts de l'intestin, en ce qui concerne la réunion de ces deux bouts, que l'on note des différences entre les divers procédés employés.

On pourra, en effet, rétablir la continuité entre les deux bouts de l'intestin :

1° Par entéroraphie circulaire ;
2° Par implantation latérale ;
3° Par opposition latérale ;
4° Par entéroraphie longitudinale.

1° *Réunion par entéroraphie circulaire*. — L'entéroraphie circulaire est le mode de réunion qui devait se présenter le plus naturellement à l'esprit parce que, s'il réussit, il met l'intestin dans un état voisin du type normal. Aussi c'est ce procédé qui a été employé par les premiers opérateurs, par Reybard, en particulier.

Cette entéroraphie circulaire a été réalisée soit au moyen de

sutures, soit par invagination, soit encore au moyen d'appareils spéciaux.

a) *Par sutures.* — Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'étude des différents procédés de sutures proposés pour l'entéroraphie circulaire; cela nous entraînerait trop loin. Disons simplement que la suture dite de Lembert-Czerny est celle qui paraît avoir été employée par le plus grand nombre de chirurgiens.

Le plus souvent, les calibres des segments de l'intestin qui doivent être réunis sont sensiblement différents, ce qui n'est pas de nature à faciliter un affrontement bien exact des deux lèvres de la section.

Si les deux bouts ont le même calibre, rien de mieux; si, au contraire, les deux bouts ont un calibre différent, on peut chercher à égaliser leurs sections par des procédés divers, les uns diminuant le bout le plus grand, les autres agrandissant le plus petit. Enfin, on peut même combiner ces deux méthodes, et agir sur les deux bouts de l'intestin.

Pour diminuer le bout le plus grand, on a, soit la suture de la partie restante après que le bout le plus petit a été suturé dans toute son étendue, soit encore l'ablation sur le segment le plus gros d'un triangle à base tournée vers la limite de la section.

On peut encore, comme *Billroth*, faire un pli longitudinal sur le bout dilaté et fixer les deux bords de ce pli par des sutures.

Pour augmenter le diamètre du bout le plus petit, *Magdelung* a conseillé de sectionner obliquement le cylindre intestinal.

Enfin, *Hofmolk* pratique une section oblique du bout le plus petit et l'excision d'un lambeau triangulaire sur le bout le plus gros.

La suture des deux bouts de l'intestin peut se faire, soit sur les bouts libres, soit sur les bouts tendus, au moyen d'un cylindre placé dans la lumière de l'intestin.

Pour cela faire, on a employé une grande variété de tubes : la trachée d'un animal ; un cylindre de suif ou de beurre de cacao, ou de pâte, ou de colle de poisson, ou d'autres matières solubles analogues ; un os creux décalcifié. Trèves employait une balle de caoutchouc mou qui, une fois introduite dans l'intestin, était gonflée d'air.

Malheureusement, tous ces procédés d'entéroraphie circulaire avec sutures sont assez difficiles à appliquer, et parmi eux, il en est qui peuvent amener un rétrécissement notable du calibre de l'intestin ; c'est pour cela qu'ils sont encore discutés.

b — par invagination. — Au lieu de procéder à l'entéroraphie en juxtaposant et fixant les intestins bout à bout, on peut les réunir en utilisant les procédés d'invagination. M. Chaput [2] a indiqué un procédé personnel de suture par invagination et abrasion, qui, au dire de l'auteur, est d'une exécution rapide.

c — à l'aide d'appareils. — L'exécution des sutures est toujours chose difficile et assez longue, et nous trouvons pour les remplacer les procédés d'entéroraphie circulaire à l'aide d'appareils spéciaux : bouton de Murphy, bouton d'Aldelbert, entéroplexe de Ramaugé [1].

La critique de ces appareils a été faite bien des fois. Qu'il s'agisse d'entéroraphie circulaire ou de gastro-entérostomie, ils ont l'avantage d'exiger peu de temps pour leur fixation, ils permettent de réunir facilement des segments d'intestin de calibres inégaux. Ils ont contre eux la possibilité de la production d'occlusion intestinale, et surtout les risques de sphacèle et de perforation de l'intestin, de création d'orifices rétractiles, se sténosant (Keen, Abbe, Bazy) ; enfin, pour le gros intestin, l'ajustage des deux portions du bouton n'est pas toujours com-

[1] Chaput et Lenoble ; Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1894, fascicule 10, pag. 408.

mode et a, quelquefois, été impossible. Enfin, le bouton de Murphy n'est pas toujours expulsé dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Ainsi, H. Cripps [1] a signalé deux cas où l'arrêt du bouton dans l'intestin a entraîné la mort ; dans l'un il s'était fait, au niveau du bouton arrêté, une ulcération par laquelle il est passé dans le péritoine ; dans l'autre, l'intestin s'était gangrené des deux côtés du bouton resté dans l'intestin.

Homme de 40 ans [2], atteint de cancer du cæcum (cancer cylindrique du cæcum et du côlon ascendant). On résèque six pouces d'intestin et on emploie le bouton de Murphy, qui n'est expulsé que le quarante-quatrième jour après l'opération.

Femme de 40 ans, sur laquelle M. M. Burney [3] résèque six à sept pouces d'intestin grêle et emploie le bouton de Murphy, qui fut rendu le dix-huitième jour.

Oscar Allis [4] cite une observation de gastro-entérostomie, dans laquelle le bouton de Murphy a été rendu dix-huit mois après.

2° *Réunion par implantation latérale.*—Ce procédé a été surtout employé par *Billroth* et *Senn* après la résection du cæcum. Ici le bout colique est fermé par une suture et une fente longitudinale est pratiquée sur ce bout.

C'est dans cette fente que le bout de l'iléon est légèrement invaginé, et c'est avec les lèvres de la fente qu'il est suturé.

A part les risques que fait courir au malade toute suture intestinale, cette façon d'opérer crée, au-dessous du point d'abouchement, un réservoir tout disposé pour devenir le siège de phénomènes de fermentation et de pullulation microbienne.

[1] H. Cripps ; Royal medical and chirurgical Society, London, 12 mai 1896, et British med. Journal, London, 1896, tom. II, pag. 1201.

[2] May-Robson ; British med. Journal, octobre 1895.

[3] M. Burney : Surgical Society de New-York, 22 janvier 1896.

[4] Oscar Allis ; Acad. chirurg. of Philadelphie, 1895.

3° *Entéroraphie par apposition latérale.* — Cette entéroraphie peut être exécutée soit à l'aide de sutures seules, soit, comme on l'a recommandé, à l'aide de sutures dont l'application est très facilitée par l'emploi de plaques de substances plus ou moins facilement résorbables.

Quel que soit le procédé employé, il faut d'abord fermer les deux bouts d'intestin, puis établir entre les deux segments une voie de passage. Or, en agissant ainsi, on crée deux culs-de-sac, ce qui n'est pas sans présenter de risques sérieux, et enfin on est exposé à voir manquer l'une des trois sutures.

4° *Réunion par entéroraphie longitudinale.* — Cette méthode, préconisée par Chaput, permet de réunir des intestins de calibres très inégaux. Elle exige un nombre considérable de sutures. De plus, les deux segments d'intestin, pour être amenés au parallélisme, exigent une torsion ou plutôt une coudure qui peut produire une gêne au libre passage des matières. Enfin, cette méthode amène encore la formation d'un cul-de-sac où les matières intestinales pourront stagner.

Comment convient-il d'opérer? et quand convient-il d'opérer ?

D'après M. Tédenat ;

Si la tumeur volumineuse adhère au loin, si on sent une grosse infiltration du mésocolon et de ses glandes, il vaut mieux ne pas opérer et attendre pour intervenir les accidents obstructifs. A ce propos il nous a cité l'observation suivante :

«Je fus appelé auprès d'un homme de 55 ans, souffrant depuis dix mois de dyspepsie, d'alternatives de diarrhée et de constipation, sans occlusion vraie à aucun moment. Une tumeur du volume du poing occupait la région de l'S iliaque ; on avait l'impression d'un envahissement étendu du mésocolon. Comme le malade se nourrissait suffisamment avec du lait, du bouillon, des œufs et vidait sans trop de difficultés son intestin, je conseillai de ne pas opérer et d'attendre les premiers accidents de vérita-

ble obstruction. L'état s'était peu modifié un mois après, quand l'opération fut pratiquée. On dut se contenter d'une colostomie qui n'améliora guère l'état du malade. »

Quant à la technique opératoire elle-même, nous croyons que l'on devra suivre la méthode employée par M. le professeur Tédenat, méthode qui, nous l'avons constaté dans son service, donne de bons résultats. Vu son importance, nous l'indiquons dans son entier :

« Dans tous les cas, l'incision de la paroi abdominale doit se faire sur la tumeur reconnue et délimitée aussi exactement que possible.

« La tumeur est attirée au dehors ; les adhérences sont déchirées avec précaution, des ligatures placées. Au besoin, on fait des incisions, en dehors du méso, parallèles à l'intestin.

« Pour la coprostase dans les deux bouts, j'ai employé tantôt de longues pinces de Doyen armées de tubes en caoutchouc, tantôt j'ai appliqué les pinces nues sur l'intestin habillé de gaze iodoformée, ou posé une ligature élastique. Le grand point est de faire la coprostase à bonne distance en amont et en aval de la tumeur pour que les manipulations d'excision et de suture ne soient pas gênées.

« La tumeur est excisée avec les ciseaux, des pinces étant appliquées aux points qui saignent, surtout vers l'insertion du mésentère. Dans presque tous les cas, l'incision cunéiforme du mésocolon a été faite sur une grande longueur par suite des lésions ; les ganglions sont enlevés avec le bloc du mésentère excisé, ou énucléés. L'hémorragie serait abondante si on ne faisait le pincement préalable de proche en proche. Quelques ligatures sont nécessaires, ou un surjet suffit.

« Presque toujours j'ai fait la section plus oblique sur le segment inférieur ; ainsi agrandie, la coupe s'adapte mieux au calibre un peu plus grand du segment supérieur.

« Il va de soi que des compresses aseptiques garantissent la

cavité péritonéale et que les deux bouts sont soigneusement vidés et nettoyés avec des tampons imbibés d'une solution antiseptique peu irritante. J'excise avec les ciseaux sur tout le pourtour une étroite collerette de muqueuse pour que sa section soit en retrait de quatre ou cinq millimètres sur les autres tuniques.

« Tout est préparé pour la suture. J'emploie du fil de soie bouilli et de longues aiguilles de couturière à calice, dont la pointe est légèrement émoussée, afin de mieux sentir la résistance des tuniques et d'éviter les perforations non voulues. Je commence par un surjet qui unit la brèche mésentérique de la pointe à la base. Il se prolonge jusqu'à l'intestin et s'y termine par deux ou trois points séro-musculo-celluleux. Les deux bouts étant bien présentés par l'aide, surjet cellulo-musculeux sur la plus grande partie de la circonférence, musculo-celluleux en avant. L'aiguille pénètre au ras de la section de la muqueuse, le fil reste sous-péritonéal.

« La section de la muqueuse du bout supérieur s'affronte à la section de la muqueuse du bout inférieur. On évite ainsi, autant que faire se peut, l'infiltration du contenu intestinal et on réduit au minimum la diminution de calibre. Surjet séro-musculo-celluleux formant une seconde ligne de suture à la Lembert. La suture en surjet a l'avantage d'une grande rapidité et elle tient fort bien quand on l'arrête tous les cinq ou six points.

» La ligne de suture est touchée avec une solution de phénosalyl à 3 °/₀, moins pour l'antisepsie que pour activer la production des adhérences protectrices. Une collerette de gaze iodoformée est disposée en anse autour de la suture ; ses extrémités sortent par la plaie. Elle est une barrière incontestable contre l'infection, sert à retenir l'anse au voisinage de la plaie abdominale, qui est fermée par deux ou trois plans de suture, sauf sur une hauteur de 1 ou 2 centim. Par là sortent les bouts de la gaze facile à enlever vers le cinquième jour. On peut alors mettre un point de suture.

» L'opération ne demande pas un très long temps pourvu qu'on aille sans tâtonnements inutiles et droit au but. Il m'est arrivé de la terminer en demi-heure ; je n'ai jamais mis plus de cinquante minutes, même pour la résection iléo colique suivie d'anastomose latérale.

» Dans tous les cas, sauf un, j'ai fait la suture bout à bout ; c'est l'idéal au point de vue de la rapidité et de la libre viabilité de l'intestin. Dans un seul cas, j'ai pratiqué l'entéro-anastomose latérale à cause de la disproportion de calibre des segments à réunir, et mon malade a bien guéri.

» On a reproché, non sans raison, à ce mode d'anastomose, la création de deux culs-de-sac où les matières stagnent sous pression dangereuse, et le rétrécissement de l'orifice de communication. Ces inconvénients sont médiocres si on réduit à une faible longueur les portions en cul-de-sac au-dessous et au-dessus de l'anastomose, et si on établit une communication large et bien bordée de muqueuse. Deux malades à qui j'ai pratiqué la suture latérale sur l'intestin grêle pour des fistules, n'en éprouvent aucun mauvais effet. Les opérations datent de cinq ans et trois ans. Il s'agit de terrassiers ayant un travail pénible et une nourriture grossière.

» Je crois, néanmoins, et pour les raisons déjà indiquées, à la supériorité de la suture bout à bout. L'anastomose latérale doit être réservée aux seuls cas où la différence de calibre des deux segments est trop grande pour être compensée par l'obliquité de la section de la portion étroite. Alors elle est préférable aux artifices employés par Billroth, Magdelung et autres, pour rétrécir la portion large.

» Je n'insiste pas sur les soins post-opératoires, ils sont connus de tous les chirurgiens. Je donne un peu de morphine pendant les deux premiers jours sans dépasser la dose totale de huit ou dix centigrammes. De plus fortes doses paralysent inutilement l'intestin et peuvent provoquer une pneumatose

susceptible de forcer la ligne de suture. Lavements nutritifs pendant les deux ou trois premiers jours, fragments de glace pour calmer la soif, puis lait, jaunes d'œufs, bouillon. »

Procédés de cure en plusieurs temps.

L'opération en plusieurs temps a pour objectif principal de réduire au minimum le choc opératoire et d'éviter le collapsus, surtout à craindre chez les sujets qu'on opère en état d'occlusion, déprimés par la souffrance, par la stercorémie, par la gêne respiratoire et circulatoire, qui viennent des complications septiques et toxiques, des réflexes dépressifs, de l'obstacle mécanique causé par le ballonnement du ventre.

En une telle situation, tout traumatisme opératoire sur les viscères abdominaux présente un haut degré de gravité pour peu qu'il se prolonge, et la moindre infection surajoutée dépasse la résistance du malade et devient rapidement mortelle. Ajoutez à cela l'influence redoutable d'une longue anesthésie.

Reclus, Creig Smith (1891), Blach (1892-1894), Demons (1894), ont mis en relief les avantages de l'opération en plusieurs temps, et, avec le professeur Tédenat, on doit l'accepter dans tous les cas où l'on peut prévoir quelques difficultés opératoires venant de l'état général du malade ou des connexions de la tumeur. La technique varie quelque peu dans des détails secondaires.

Autant que possible, l'incision de la paroi abdominale est faite sur la tumeur. Celle-ci est attirée au dehors avec une portion assez longue d'intestin sain, tant au-dessus qu'au-dessous du néoplasme. Elle est fixée à la façon de Maydl-Reclus pour la colostomie, au moyen d'une ou deux tiges embrochant le méso. On peut suturer les deux lèvres du péritoine pariétal au méso

de chaque côté ou l'une à l'autre à travers une déchirure faite dans le méso. On retrécit la plaie par des sutures.

S'il faut remédier à l'obstruction, on crée, en amont de la tumeur, une fistule dans laquelle on introduit un tube de caoutchouc du volume du doigt, long de 1 mètre, qui permettra l'écoulement du contenu intestinal sans souillure de la plaie (Creig Smith, Paul...).

Au bout de cinq à huit jours, les adhérences solides ferment la cavité péritonéale. On peut alors, sans anesthésie, exciser la tumeur à coups de ciseaux, plaçant des ligatures sur les vaisseaux qui saignent.

Dans ce second temps, on peut réunir les deux bouts, ou bien créer un anus contre nature, qu'on traitera plus tard. Je crois qu'il vaut mieux faire l'anastomose séance tenante. En la retardant, on s'expose à la rétraction des deux bouts. Elle imposera une dissection délicate, au cours de laquelle la cavité péritonéale pourra être ouverte et infectée.

La suture étant pratiquée en avant des adhérences, en dehors donc du péritoine, et avec le minimum de chances d'infection possible, on laisse la réunion se faire. On a la suture sous les yeux, on la surveille; si une fistule se produit, elle ne crée aucun danger, et on y remédie par cautérisation, par un ou deux points. Quand la réunion est complète et solide (15 jours au plus tard), on réintègre l'anse dans l'abdomen. Il suffit pour cela de décoller les adhérences en se tenant à distance convenable de l'intestin, afin de ne pas le blesser et de ne pas compromettre ses vaisseaux nourriciers. Suture de la paroi abdominale.

La longueur du traitement est encore une objection à l'opération en plusieurs temps. Elle serait sans importance vraie, s'il ne s'agissait d'un néoplasme à qui on donne quelques jours de plus pour s'étendre et gagner les ganglions.

Creig Smith, Bloch, se préoccupent peu ou point du mésocolon; s'il est malade, il faut bien, «dans l'espoir d'une guérison radicale», l'exciser, enlever les ganglions envahis.

M. Tédenat pense qu'on pourrait, dans une première opération, exciser la tumeur avec la portion du mésocôlon affectée, suturer les deux lèvres du péritoine pariétal et, après cinq ou six jours, quand la soudure serait solide, pratiquer l'entéro-anastomose. Cette manière serait, je crois, un sage compromis entre l'opération en une séance et l'opération en trois séances, telle que l'ont décrite et pratiquée avec des succès incontestables les divers chirurgiens cités plus haut. Il va sans dire qu'entre les deux opérations les deux bouts seraient fixés au dehors sur des tubes introduits à leur intérieur pour évacuer le contenu intestinal.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 juin 1899.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 juin 1899.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

ERRATA

Le chapitre III, page 37, doit être modifié ainsi :

III. Tumeurs développées en dehors de l'intestin. Elles ne s'accompagnent généralement pas des mêmes troubles des fonctions digestives.

Il est souvent difficile de les différencier avec les tumeurs du rein. Nous citons les observations suivantes :

Premier cas. — Tumeur maligne du côlon ascendant prise pour un rein mobile et déterminant un gros abcès périnéphrétique.

Femme de 43 ans, abcès ouvert, larges adhérences du cancer. Début brusque par abcès — incisions — mort dix mois après sans signes d'obstruction intestinale probablement par perforation.

Deuxième cas. — Cancer du côlon descendant pris pour un rein mobile; en avant d'un abcès périnéphrétique. Homme de 47 ans.

Troisième cas. — Abcès périnéphrétique dû à un cancer de l'S iliaque ouvert avec M. Nunn.

Ces 3 observations sont de M. Henry Morris [1].

Edmond Owen [2] cite l'observation d'un cancer du côlon ascendant avec des symptômes rénaux. Résection. Mort. On avait cru à un rein mobile.

[1] Henry Morris ; Cancer du colon simulant un rein mobile. Lancet, 1875, 27 avril.

[2] Owen Edmond ; Lancet, 1895.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.